



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO**  
DIVISÃO DE REGISTRO ESCOLAR

<b>FORMULÁRIO PARA TRANCAMENTO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINAS PÓS-GRADUAÇÃO</b>	
Nome do aluno requerente:	
Matricula	CPF
Curso	Turno
Telefone	E--mail
O(a) aluno(a) regulamente matriculado(a) no curso acima mencionado conforme Artigo 41, do Regulamento Geral do Programa de Pós-graduação desta Instituição, vem requerer o trancamento da disciplina abaixo discriminada:	
Nome da Disciplina:	
Nome do Professor (Legível e letra de forma )	
Data : ____ / ____ / ____	Assinatura do Aluno Requerente
<b>INFORMAÇÕES DO PROFESSOR</b> (reservado ao professor)	
Percentual de Carga horária ministrada	Total de Faltas
Data ____ / ____ / ____	Assinatura do Professor
<b>DESPACHO DA COORDENAÇÃO</b> (Conforme informações prestadas acima pelo professor)	
<b>DEFERIDO</b>	<b>INDEFERIDO</b>
Data ____ / ____ / ____	Assinatura do Coordenador
Art. 41, § 1º: O pedido de trancamento de matrícula solicitado no prazo fixado pelo curso ou Programa de Pós-graduação, de conformidade com seu o calendário escolar, constará de requerimento do discente ao Coordenador, com as devidas justificativas e aquiescências do Orientador.	